

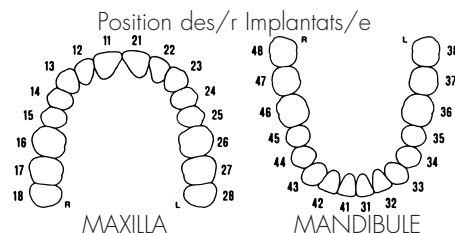
# CAD/CAM Garantieformular

## KUNDENINFORMATIONEN

Name des Kunden	<input type="text"/>	Kundennummer	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Auftragsnummer	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Dokumentiert von	<input type="text"/>

## PRODUKTINFORMATIONEN (bitte alle betroffenen Straumann-Produkte angeben)

Art. Nr.	Los Nr.	Eingesetzt am (T/M/J)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Patienten ID	<input type="text"/>	Geb. Datum (T/M/J)	<input type="text"/>	W	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
Mundhygiene	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>	Gewicht	<input type="text"/>	kg

## INFORMATIONEN ZUR PROTHETIK (bitte bei Rückgabe prothetischer Teile ausfüllen)

War Patient prothetisch versorgt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, Art der Prothetik: _____
Wann wurde Sekundärteil eingesetzt?	<input type="text"/>		
Wurde ein Drehmomentaufsatz verwendet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht bekannt <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend <input type="checkbox"/>
			Anzugsmoment <input type="text"/> Ncm
Datum der provisorischen Versorgung	<input type="text"/>	Datum der endgültigen Versorgung	<input type="text"/>
Wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Datum der Entfernung des Sekundärteils (T/M/J)	<input type="text"/>		

### Kommentar:

---



---



---

Bitte Röntgenbilder (falls zutreffend) beilegen.

Bitte verwenden Sie für die Zusendung von Gegenständen eine gepolsterte Versandtasche – anderenfalls könnten Gegenstände beim Transport verloren gehen.

Bitte entsprechende Produkte **sterilisieren** und mit einem Aufkleber «steril» versehen.

Bitte ersetzen Sie die oben aufgeführten Produkte entsprechend den Straumann CAD/CAM Garantie- und Gewährleistungsbedingungen P\_RD\_50141.

Unterschrift des Kunden: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_